Wykonawca: reprezentowany przez:

............................................ ............................................

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Formularz Asortymentowo-Cenowy w zakresie części 1 - Lek w ramach programu lekowego – leczenie choroby Gauchera 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto  (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto  (zł) | Nazwa handlowa oferowanego leku | Dawka / postać oferowanego leku | Wielkość opakowań jednostkowych |
|  | Imiglucerazum proszek do przygotowania roztworu do wstrzyknięć | fiolka = 400 j. | 2 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ELIGLUSTAT | 84 mg x 56 kaps. | 780 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | |  |  |  |  | **----------** | **----------** | **----------** |

Wykonawca: reprezentowany przez:

............................................ ............................................

*(Nazwa i adres Wykonawcy)* *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Formularz Asortymentowo-Cenowy w zakresie części 2 - Lek w ramach programu lekowego – leczenie choroby Gauchera 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. Netto  (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto  (zł) | Nazwa handlowa oferowanego leku | Dawka / postać oferowanego leku | Wielkość opakowań jednostkowych |
|  | Velaglucerase Alfa Proszek do przygotowywania roztworu do wstrzyknięć | fiolka = 400 j. | 800 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | |  |  |  |  | **----------** | **----------** | **----------** |